



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	STEFANY SUSYANE ROTTIE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Sep-1997	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	2E22-8AF2-C2CJ-1CDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

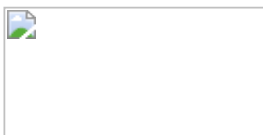
DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R50.9 - Fever, unspecified, M54.5 - Low back pain, R30.0 - Dysuria, N23 - Unspecified renal colic, E86.0 - Dehydration																																									
التشخيص																																											
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																																									
لمسببات المرضية																																											
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)																																											
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)																																											
SYMPTOMS	:	Complaint																																									
العراض المرضية		PC : BURNING MICTURATION AND LOWER ABD PAIN HOPC : PT CAME WITH MILD FEVER ALONG WITH BURNING MICTURATION AND BODY PAIN STARTED TWO DAYS BACK O/E MILD ABD TENDERNESS ALLERGIES : NONE																																									
CLINICAL FINDINGS	:																																										
النتائج السريرية		<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81000</td><td>Urinls Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	81000	Urinls Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																									
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																									
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																									
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay																																									
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																									
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																									
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																									
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																									
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																									
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																									
81000	Urinls Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab																																									
86140	C-Reactive Protein	Lab																																									
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab																																									
REMARKS	:	Enter Remarks																																									
الملاحظات																																											

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 25/08/2025
توقيع و ختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	